



به نام پروردگار
یکتا و دانا و توانا

سوگند به قلم و آنچه می نگارند



گزارش و ثبت در پرستاري

A.Shahrokhi, MSc.

Qazvin University of Medical Sciences

اهداف آموزشی :

- ❖ آشنا شدن فراگیران با اهمیت و لزوم ثبت در پرستاری
- ❖ آشنا شدن فراگیران با اهداف ثبت و گزارش دهی
- ❖ آشنا شدن فراگیران با چگونگی ثبت گزارش های کتبی و شفاهی
- ❖ آشنا شدن فراگیران با روش های گوناگون ثبت داده ها
- ❖ آشنا شدن فراگیران با جنبه های قانونی ثبت و گزارش دهی
- ❖ آشنا شدن فراگیران با موارد خاص گزارش دهی (تلفنی و شفاهی، تغییر شیفت، انتقال، حوادث)

کودک 2 ساله با کژی مادرزادی سیستم ادراری برای جراحی بستری شده و دستورات پس از جراحی شامل کنترل BP,PR,T هر 4 ساعت و کنترل RR و پاسخ به مسکن هر 1 ساعت داشته ،لیکن طی 5 ساعت نخست پس از عمل هیچ یک از این موارد نوشته نشده است.

کودک به دلیل دوز بالای انفوزیون نارکوتیک ایست قلبی-تنفسی کرده و می میرد.

شکایت: پرستار مسئول بیمار را **کنترل نکرده** است.

ادعای پرستار: من کودک را به طور کامل کنترل کردم لیکن به دلیل ازدحام کارها **ثبت نکردم**.



بیمار 7 ساله با شکستگی تیپا پس از گچ گیری و جایگذاری کشش و دستور پایش مکرر گردش خون انگشتان پا وارد بخش شده است.

پای کودک به دلیل اختلال گردش خون آمپوته می شود.

در بررسی پرونده طی 7 ساعت نخست ورود به بخش هیچ چیزی در باره چگونگی گردش خون پای کودک نوشته نشده است.

شکایت: کوتاهی پرستار





شرح وظایف عمومی پرستار:

- بند 2) بررسی، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده
- بند 3) تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بهداشتی و تشخیص های پرستاری
- بند 4) برنامه ریزی اقدامات مراقبتی براساس اهداف و اولویت ها و ثبت آن در پرونده
- بند 6) انجام اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای خدمات پرستاری و ثبت و پیگیری آن
- بند 22) تحویل بخش از شیفت قبل و به شیفت بعد بر بالین بیمار و گزارش اقدامات انجام شده
- بند 23) شرکت و همراهی با پزشکان در ویزیت بیماران، گزارش اقدامات انجام شده، مشاهدات و پاسخ های بیمار جهت تعیین خط مشی درمانی مناسب از سوی تیم پزشکی
- بند 24) ثبت کلیه اقدامات انجام شده

عدم ثبت گزارش
به منزله
انجام ندادن اقدامات
است.

NO Record = NO Performance



DOCUMENTATION

CHARTING

RECORDING
REPORTING

گزارش پرستاري



گزارش نویسی

ثبت مداوم

مراقبت ها و اطلاعات مربوط به بیمار
به گونه کاغذی یا الکترونیکی
جهت به اشتراك گذاردن وضعیت بیمار
و ارتباط هر چه بهتر اعضای تیم مراقبت
برای اتخاذ تصمیم های درمانی- مراقبتی درست
و دستیابی به اهداف درمانی



اهداف گزارش دهی و گزارش نویسی:

- ✓ برقراری ارتباط بین اعضای تیم Communication
- ✓ برنامه ریزی برای مراقبت ها Care Planning
- ✓ نظارت و تضمین کیفیت Quality Assurance
- ✓ تأیید و اعتبار بخشی Reimbursement
- ✓ ثبت (بهره برداری) قانونی Legal Documentation
- ✓ پژوهشی Research Purposes
- ✓ آموزشی Educational Purposes

ازمهم ترین راهکارهای کم کردن مسائل ومشکلات قانونی

آگاهی از استانداردهای
گزارش دهی و گزارش نویسی

و رعایت آنهاست.

حقوق پرستار

- انجام وظایف در محدوده قانونی تعیین شده
- محیط کاری ایمن برای ارائه مراقبت و دارای نیازهای فیزیکی، پرسنلی و تجهیزاتی مناسب
- آشناسازی مناسب و آموزش مبتنی بر هدف در مورد رویه های کاری مربوط به حیطه کار پرستاری
- برخورداری از امکانات آموزش مداوم در زمینه فعالیت های حرفه ای
- مشارکت در تعیین خط مشی ها و تصمیم گیری های مربوط به مراقبت بیماران
- رد انجام وظایف خارج از محدوده عملکرد پرستاری، یا وظایفی که مهارت و دانش کافی برای آن را ندارد یا در مورد آن آموزش ندیده است.

حقوق پرستار

...

- عدم مشارکت در انجام اقدامات غیر اخلاقی و ناشایست
- برخورداری از راهنماهای مکتوب خط مشی ها و اقدامات مربوط به اداره محیط کار
- عدم اجرای تجویزها و مشارکت در فعالیت هایی که مطابق دانش حرفه ای و قضاوت پرستار هست اما مورد رضایت بیمار نیست
- برخورداری از محیط کاری عاری از ارعاب، مخاطرات و دخالت نابجا
- آگاهی داشتن از تشخیص پزشکی بیمار
- اعتراض به جا در موارد مقتضی (رعایت موارد به موقع و کتبی؛ و به شرط عدم تاثیر بر روند مراقبت و ایمنی بیمار)



موازين اخلاقي و قانوني در ثبت پرستاري

- ارائه دقيق و به هنگام اطلاعات مربوط به وضعيت درماني-مراقبتي بيمار به اعضاي تيم با روش مناسب
- رعايت رازداري و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بيمار
- فاش کردن اطلاعات خاص بيمار فقط در موارد قانوني
- پرهيز از نابود يا مخدوش کردن مستندات مربوط به روند درمان بيمار
- پاسخ گويي در قبال فعاليت ها و موارد ثبت شده
- گزارش به هنگام ناامني، خطاها و ... به مقام ذي ربط (مربوط به بيمار، خود يا ديگرکارکنان)
- گزارش کتبي هرگونه کژي و کاستي در روند انجام امور حرفه اي
- اعتراف به محدوديت هاي دانش و مهارت منجر به نقص عملکرد

نکات مهم در گزارش انتقال بیمار:

- ✓ مشخصات بیمار (نام، سن، تشخیص بیماری، پزشک معالج)
- ✓ خلاصه روند پیشرفت بیمار تا زمان انتقال
- ✓ وضعیت کنونی جسمی – روانی
- ✓ وجود حساسیت ها
- ✓ وضعیت کد اورژانس
- ✓ حضور و حمایت خانواده
- ✓ تشخیص های پرستاری و برنامه مراقبتي کنونی
- ✓ هر بررسی یا اقدام ویژه ای که پس از انتقال کامل خواهد شد
- ✓ نیاز به هر گونه تجهیزات مراقبت فیزیکی (پمپ تزریق، ساکشن، تراکشن و ...)
- ✓ در نظر گرفتن فرصت برای پاسخ گویی به پرسش های پرستار تحویل گیرنده
- ✓ ارائه گزارش شفاهی علاوه بر گزارش کتبی در صورت نیاز

حوادث غیر مترقبه

فرار، سقوط، برق گرفتگی،
خطاي دارويي، فرورفتن سوزن،
خودکشي، بروز حساسيت و آنافیلاکسي،
وخيم شدن علائم و نشانه هاي بيمار،
بيهوش شدن، ايست قلبي – تنفسي

نکات مهم در گزارش حوادث

- اطلاع رسانی آنی به مسئولین (پزشك معالج، سوپروایزر و مدیر شیفت و ...)
- زمان دقیق بروز حادثه
- توضیح در مورد نحوه بروز حادثه
- توضیح در مورد اقدام های انجام شده
- توضیح در مورد اقدام های ایمنی و حفاظتی انجام شده پیش و پس از حادثه

